

EMERGÊNCIAS EM ODONTOLOGIA: revisão de literatura

Alessandra Chirstina de Souza Braga PIMENTEL¹

Angélica CAPPAI²

José Ribeiro Fagundes JUNIOR³

Soraya de Mattos Camargo GROSSMANN⁴

Sérgio Ricardo MAGALHÃES⁵

¹Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: alessandracsbp@hotmail.com

²Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: gege0205@hotmail.com

³Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: jrfj_teatre@hotmail.com

⁴Doutora em Patologista Bucal, Mestre em Estomatologia Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: prof.soraya.grossmann@unincor.br

⁵Doutor em Engenharia Biomédica. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: sergio.magalhaes@unincor.br

Resumo: As emergências médicas podem ocorrer no consultório odontológico, não só durante o tratamento de rotina, mas ainda na sala de espera. Acometem qualquer pessoa, não importando idade ou gênero. Entretanto, os pacientes com idade avançada, estressados, hesitantes, com história de reações alérgicas, com distúrbios respiratórios, cardiopatias, diabetes e com epilepsia, formam grupos de máxima tendência a desenvolver uma circunstância de emergência. Dentre as probabilidades de ocorrência de emergência médica em consultório odontológico, destacam-se as reações psicogênicas e alérgicas, as disfunções hormonais, e as alterações cardiorrespiratórias. O objetivo deste trabalho foi o de revisar na literatura as principais emergências médicas e condutas terapêuticas em consultório odontológico, ressaltando a importância do preparo do Cirurgião-Dentista diante dessas intercorrências. Este estudo foi realizado através de documentação indireta, por meio de consulta a livros e artigos científicos publicados no período de 1990 a 2010 pertinentes ao assunto. Após os dados serem coletados, foi feita uma análise crítica sobre os tipos de emergências, sinais e sintomas, e seus tratamentos.

Palavras-chave: Emergência. Posicionamento. Dentista. Consultório. Odontológico.

EMERGENCIES IN DENTISTRY: literature review

Abstract: Medical emergencies can occur in the dental office, not only during treatment routine, but still in the waiting room. Affect anyone, regardless of age or gender. However, patients with advanced age, stressed, hesitant, with a history of allergic reactions with respiratory disorders, heart disease, diabetes and epilepsy, form groups of maximum tendency to develop an emergency circumstance. Among the probability of medical emergency in the dental office, there are the psychogenic and allergic reactions, hormonal dysfunctions, and cardiorespiratory changes. The objective of this study was to review the literature major medical emergencies and therapeutic procedures in the dental office, emphasizing the importance of preparing the dental surgeon before these complications. This study was performed by indirect documentation, by consulting the books and scientific articles published between 1990-2010 relevant to the subject. After the data is collected, a critical analysis about the types of emergencies, signs and symptoms, and treatments was taken.

Key-Words: Emergency. Positioning. Dentist. Office. Dental.

INTRODUÇÃO

Situações de emergência médica podem ocorrer no cotidiano profissional de qualquer cirurgião-dentista, mesmo que não sejam realizados procedimentos invasivos. O profissional e sua equipe (ASB, TSB e secretária) precisam estar preparados para tentar prevenir ou agir em situações emergenciais, com o intuito de garantir a saúde de seus pacientes.

De acordo com Silva (2006), na maioria das vezes a interação entre o cirurgião-dentista (CD) e o paciente inicia com anamnese e quase sempre, é seguida por procedimentos odontológicos, o que implica na ministração de fármacos, que merecem a devida atenção do profissional para realizá-los com segurança.

Assim sendo, a anamnese e o exame clínico devem ser bem dirigido, sendo essenciais para o diagnóstico, o planejamento e a prevenção de intercorrências emergenciais durante os procedimentos odontológicos (Caputo, 2009).

A prevenção é a chave para evitar complicações médicas. O uso adequado medidas preventivas podem evitar até 90% de todas as emergências médicas fatais em odontologia (Monazzi, 2001).

Profissionais da área da saúde precisam estar atentos e preparados para controle de determinadas urgências e emergências médicas. Sendo assim, é primordial que o CD possua não apenas conhecimento técnico-científico sobre as ocorrências emergenciais, mas possa ter domínio prático dos primeiros socorros para assegurar a manutenção da vida do paciente.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi revisar a literatura médico-odontológica a respeito das principais intercorrências emergenciais em consultório odontológico sugerindo possíveis posicionamentos do cirurgião dentista diante destas.

REVISÃO DE LITERATURA

As situações de emergência e urgência são situações em que não pode haver uma demora no atendimento devendo ser imediato. Emergência e urgência se distinguem pela medida de tempo bem curta que pode significar a sobrevivência de um paciente. Em situações de emergência, o serviço deve ser prestado em um período curto de tempo que é geralmente considerado como não maior do que duas horas. Situações não emergenciais podem ser direcionadas de atendimento ambulatorial emergência para atendimento ambulatorial convencional (Erazo, 2002).

Ribeiro-Rotta et al (2007) definem que o termo emergência (*emergentia* no latim) pode ser usado para traduzir uma situação crítica, acontecimento súbito ou perigoso, e uma situação inesperada que demanda ação, devido à mudança repentina no estado de saúde. Assim sendo, a emergência exige uma decisão rápida sobre a possibilidade de transferir o paciente para um serviço especializado a fim de restaurar sua saúde.

“A palavra urgência vem do verbo “urgir” que tem o sentido de “não aceitar demora”, entretanto no campo da medicina encontra-se uma diferença fundamental entre a urgência e a emergência. A urgência se caracteriza quando o atendimento médico não exige uma resolução

imediate, podendo ser protelada, pois não há o risco eminente de morte, contudo, o atendimento não deve ser superior a duas horas. No entanto, há situações que necessitam de uma intervenção imediata, ou seja, que não podem se prolongar são as emergência médicas que se caracterizam por apresentar risco de morte do paciente. Por exemplo: hemorragia grave e parada cardiorrespiratória são situações de emergência. Luxações, torções e fraturas (dependendo da gravidade) são situações de urgência.” (CAPUTO, I. G., 2009).

Possobon et al (2007) e Aeschliman (2003), apontam que a situação de tratamento odontológico é potencialmente ansiogênica para todos os envolvidos: cirurgião dentista, equipe e paciente. Do ponto de vista do paciente, aspectos clínicos, em especial os invasivos, tais como, a anestesia, os instrumentais e o comportamento do profissional podem gerar ansiedade e respostas de esquiva ao tratamento.

Malamed (2003) afirma que o medo de dentista existe, está sempre presente, e é fonte de aumento da ansiedade. Esse pode levar ao estresse, e mudar o quadro clínico do paciente, acabando por levar ao aumento do número de ocorrências de emergências médicas.

De acordo com Rumel (2006) e Maringoni (1998) o dentista pode se deparar com uma situação emergencial percebida pela alteração sistêmica do paciente. Essas emergências devem ser diagnosticadas e tratadas com cuidado e atenção, pois um erro de avaliação pode contribuir para o agravamento do caso e até o óbito.

“Uma resposta do organismo ao stress é o aumento da liberação de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), a partir da medula adrenal no sistema cardiovascular. Isso resulta em um aumento da carga para o coração, ou seja, aumento da

frequência cardíaca e da força de contração do miocárdio e um aumento na exigência de oxigênio no miocárdio.” (MALAMED, 2010).

O paciente com sinais de ansiedade pode ser identificado pela sua conduta e resposta a avaliação ou reconhecimento de alguns sinais físicos, como a dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, hiperventilação tremores, tonturas, boca seca, fraqueza, dificuldade respiratória, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca (Raneli, Ramacciato e Motta, 2006; Kanegane et al, 2003).

Para Guimarães (2001), o estresse e medo são as principais causas que geram atendimento de emergência em consultório odontológico. O paciente pode manifestar um quadro de angina ou infarto provocados pelo medo. Conversar com o paciente e explicar as etapas de tratamento e colher uma história detalhada do mesmopode evitar uma série de eventos adversos durante o tratamento de pacientes que sofrem avarias ou mal súbito.

De acordo com o guia para o manuseio de emergência médica, revisado por um comitê da American Dental Association, nos Estados Unidos, as emergências mais comuns em Odontologia são: síncope vasovagal, angina pectoris, infarto do miocárdio, hipertensão, hipotensão, choque insulínico, coma diabético, alergia, asma, anafilaxia, hiperventilação, acidente cerebrovascular e hemorragia.

“[...] Dois levantamentos epidemiológicos realizados com 4.309 dentistas americanos que relataram 30.608 episódios de emergências médicas durante um período de 10 anos, deste total, grande parte foram manifestações frequentemente associadas à falta de controle do estresse: 15.407 lipotímias e síncope vasopressora, 1.326 casos de

hiperventilação e cerca de 3.000 alterações cardiovasculares. Neste mesmo estudo, também foi observado que a maioria das emergências médicas (54,9%) aconteceu durante ou logo após a anestesia local, momento mais estressante do tratamento para a maioria dos pacientes.” (Malamed,1993).

Malamed (1993) afirma que existem emergências comuns no dia-a-dia do CD tais como: Hipoglicemia, síncope vasovagal, crise convulsivas, reações de hipersensibilidade, angina pectoris e crise hipotensiva.

Hupp In: Peterson et al. (2005) aponta, que o procedimento cirúrgico possui uma incidência maior de emergências odontológicas por três razões: (1) cirurgia procedimento cirúrgico por si só já possui stress, (2) no trânsito operatório de uma cirurgia é administrado um valor muito alto de medicamentos, (3) quando se realiza uma cirurgia, a consulta poderá ser alongada.

A idade de um paciente pode estar relacionada com o aumento das emergências médicas nesse ambiente. Pacientes muito jovens ou muito idosos, apresentam maiores riscos relacionados com as drogas medicamentosas que o cirurgião dentista faz uso em seu consultório (Caputo, 2009).

Assim sendo, de acordo com Hass (2010) muitas vezes em uma emergência, o CD deve considerar primordial o princípio de corrigir a oxigenação do cérebro.

Dessa forma, o CD se aperfeiçoa na prática, amparado no conhecimento científico legal e ético.

A avaliação da pressão arterial (PA) e dos sinais vitais do paciente pelo CD deve

acontecer antes de qualquer procedimento odontológico. A PA deve ser aferida, em todos os pacientes, com ou sem histórico de doença pregressa, e principalmente em portadores com coronopatia. Deverá ser realizada com o paciente em repouso e anotada no prontuário (Andrade e Rinalde,2004).

Protocolo de avaliação para primeiro atendimento de emergência

Evandro freire (2001) afirma que o CD deve ter os conhecimentos técnicos sobre os protocolos de emergência, que incluem sinais vitais, nível de consciência, comprometimento neurológico, para que em seguida ocorra a orientação, o diagnóstico e o encaminhamento ao serviço especializado.

Considerando a maior prevalência de alterações nos sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória) e de reações psicogênicas e alérgicas em consultórios odontológicos acarretando emergências médicas ao CD, segue-se os principais sinais e sintomas, bem como condutas a serem adotadas pelo profissional, no intuito de restabelecimento à saúde ao paciente.

a) Frequência cardíaca:

De acordo com Porto (2005) qualquer artéria acessível consegue-se a verificação da mesma, que se resume nos batimentos por minuto (bpm). Os locais mais aferidos são o pulso carotídea (abaixo do ângulo da mandíbula) e a artéria radial (posição distal e central do pulso). Sendo a normalidade variando de 60 a 100 bpm/minuto. Dessa forma segue-se os

sinais e sintomas e conduta diante de uma parada cardíaca em consultório odontológico:

“Parada cardíaca: Sinais e sintomas; 1. Ausência de pulso ou pressão sanguínea; 2. Parada repentina da respiração (apnéia); 3. Cianose; 4. Pupilas dilatadas. Tratamento: 1. Vias aéreas – levante o queixo do paciente, desobstrua as vias aéreas, se necessário, e observe a respiração. 2. Respiração – inicie ressuscitação boca-a-boca, dê dois sopros rápidos iniciais, faça intubação endotraqueal e aplique oxigênio (pressão positiva de oxigênio). 3. Circulação – verifique o pulso carotídeo; se o pulso estiver ausente, faça compressão na região localizada dois dedos acima entre o corpo do esterno e o processo xifoide.” (LITTLE et al, 2008).

b) Frequência respiratória:

A frequência respiratória normal do adulto varia entre 12 -20 RPM (movimentos respiratórios por minuto). Para essa mensuração deve-se verificar a expansão da caixa torácica durante a respiração. E em uma criança, os níveis de normalidade, variam de 16 -25 RPM (REFERÊNCIA).

“Parada respiratória; causa; 1. Obstrução física das vias aéreas (língua ou objeto estranho); 2. Apneia induzida por medicamento. Sinais e sintomas: 1. Cessação da respiração; 2. Cianose. Tratamento: 1. Coloque o paciente na posição supina; 2. Mantenha as vias aéreas livres inclinando a cabeça do paciente para trás e removendo a obstrução, se possível; se não for possível, faça a manobra de Heimlich; 3. Chame o serviço de emergência médica; 4. Ventile o paciente 12 a 15 vezes por minuto; a. Se a apneia for secundária a narcóticos, dê 0,4 mg de cloridrato de naloxona IV, IM ou SC e administre oxigênio; b. Se a apneia for secundária a sedativo barbitúrico ou devido a uma superdosagem de diazepam, deve ser feito o seguinte: (1) Administre oxigênio ou respiração artificial; (2) Mantenha o paciente acordado; (3) Mantenha a pressão sanguínea pela posição do paciente, fluidos parenterais e uso de vasopressores; (4) Transfira o paciente para o hospital se

necessário. NOTA: Monitore o paciente cuidadosamente pela duração da ação do cloridrato de naloxona, que pode ser menor do que a do narcótico. Não existe um agente que reverta a superdosagem de sedativos e barbitúricos. O flumazenil é um agente que pode reverter os efeitos do diazepam. Os dentistas com treinamento em ACLS podem escolher ter este medicamento disponível.” (LITTLE et al, 2008).

c) Reações psicogênicas: Lipotímia e/ou síncope:

Síncope ocorre quando o paciente perde, temporariamente e momentaneamente, sua consciência. Pode ser desencadeada também por estímulos visuais e ocorrem, principalmente, nos pacientes mais ansiosos e inseguros (Maringoni, 1998).

Sá Del Fiol e Fernandes (2004) dizem que síncope é uma das mais comuns emergências odontológicas, pois é desencadeada pelo estímulo visual de instrumentais odontológicos tais como: agulhas eliminadoras endodônticas, bem como pela visualização de sangue em procedimentos invasivos. Isso ocorre, principalmente, em pacientes ansiosos e inseguros, e o desmaio (síncope) ocorre em decorrência de uma descarga de adrenalina endógena, redirecionando o fluxo sanguíneo para os músculos, deixando o SNC sem oxigenação sanguínea. Essa redução da oxigenação leva à hipóxia cerebral, com perda de consciência. Assim, o paciente não responde a estímulos sensoriais ou emocionais.

Maringoni (1998), Peterson (2005), Sá Del Fiol e Fernandes (2004) sugerem que o tratamento da síncope imediatamente deve iniciar com a interrupção do tratamento odontológico. Inicialmente

retira-se todo o material da boca do paciente, eleva-se os membros inferiores (em relação ao tórax e a cabeça), para que o sangue volte a circular no SNC. Deve-se também afrouxar as roupas do paciente, e se necessário, a administração de oxigênio pela máscara. Caso não haja resultado, estimula-se com amônia, e realiza-se a extensão do pescoço, para prevenir a obstrução das vias aéreas. Assim que o paciente retomar a consciência, remarca-se a consulta.

d) Reações alérgicas:

Considerando que as reações alérgicas são frequentes e agregado ao fato de que o tratamento odontológico requer o uso de diversas drogas potencialmente alergêno, como a lidocaína ou penicilina, é de suma importância, o diagnóstico, e tratamento dessas reações pelo CD (Caputo, 2009; Prado, 2003; Resende, 2009; Sá Del Fior e Fernandes, 2004). Little et al., 2008 descreve os sinais e sintomas, bem como a condução dos casos de reações alérgicas suaves e graves emergenciais.

“Reação alérgica suave: sintomas: 1. Prurido suave (coceira) – aparecimento lento; 2. Urticária suave (exantema) – aparecimento lento. Tratamento: 1. Administrar 25-50 mg de cloridrato de difenidramina VO, IV ou IM (se o dentista tiver treinamento em ACLS); 2. Repita a dose até 50 mg a cada 6 horas oralmente por 2 dias; 3. Se suspeitar de alergia à medicação, remova a administração do medicamento.

Reação alérgica grave: sintomas: 1. Reações cutâneas – aparecimento rápido; a. Prurido grave (coceira); b. Urticária grave (exntema); 2. Edema dos lábios, pálpebras, bochechas, faringe e laringe (edema angioneurótico). 3. Choque anafilático; a. Cardiovascular – queda da pressão sanguínea; b. Respiratório – chiado, asfixia, cianose, rouquidão; c. Sistema nervoso central –

perda de consciência, dilatação das pupilas. Tratamento: 1. Chame a emergência; 2. Administre epinefrina 0,3 a 0,5 mg, 1:1.000, SC ou IM (contra-indicação: hipertensão grave) ou IV se o dentista tiver treinamento ACLS; repita a cada 5-10 minutos, quando necessário; 3. Administre 250-500 mg IV de teofilina etilenodiamina (aminofilina) durante 10 minutos (contra-indicação: hipotensão) se o dentista tiver treinamento em ACLS; 4. Prepare esteroides – succinato sódico de hidrocortisona, 100mg SC ou IM ou IV se o dentista tiver treinamento ACLS; 5. Administre oxigênio; 6. Monitore e registre os sinais vitais; 7. Faça RCP se necessário (incluindo o uso de desfibrilador externo automático [DEA]); 8. Utilize cricotirotomia, se necessário; 9. Assegure transferência rápida do paciente para o hospital. NOTA: A aminofilina pode causar hipotensão e deveria ser dada com extremo cuidado a pacientes asmáticos que são hipotensos.” (LITTLE et al, 2008).

DISCUSSÃO

As emergências médicas podem ocorrer a qualquer momento durante um procedimento odontológico, fazendo com que o profissional necessite de conhecimento e prática para a manutenção da vida do paciente. Dessa forma, existem vários protocolos para reverter uma situação de emergência.

As situações de emergência odontológica estão associadas principalmente ao estresse gerado pelo tratamento odontológico, por condições sistêmicas e pelo uso de medicamentos (Sá Del Fior e Fernandes, 2004).

A anamnese detalhada e um exame físico criterioso são de suma importância para prevenção de emergências odontológicas, reduzindo consideravelmente o risco de morte do paciente.

A síncope está entre as mais frequentes emergências odontológicas, sendo confundida, muitas vezes, com a anafilaxia(Sá Del Fior e Fernandes,2004).

Uma alteração emocional, pode gerar hipóxia cerebral, e como consequência o paciente perde a capacidade de manter o tônus muscular, e a postura corporal não respondendo aos estímulos, e mostrando um quadro de perda de consciência, com pulso lento, sudorese, palidez e hipotermia corporal. A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade muito grave e rápida, sendo muitas vezes fatal em minutos ou até mesmo segundos após a administração parenteral de alguma substância. O paciente que tem uma reação anafilática normalmente sente mal estar ou sensação de morte eminente, em que se assemelha a uma síncope, e algumas características específicas como a taquicardia, edema de laringe que pode levar a obstrução das vias aéreas, perda da consciência, podendo levar o paciente á morte, diminuição da pressão arterial, distúrbios respiratórios e vermelhidão da face, devido ao aumento da frequência cardíaca. Dessa forma a síncope deve ser bem diferenciada da anafilaxia.

Para que ocorra o imediato controle de emergências médicas em consultório odontológico, o profissional deve lançar mão de medidas preventivas essenciais tais como a realização de uma anamnese completa, um exame físico bem conduzido e ter conhecimento na administração dos medicamentos que ele costuma usar diariamente. Sobre tudo, o CD tem um papel fundamental no controle da ansiedade do paciente durante a realização de procedimentos odontológicos, especialmente os invasivos e de longa

duração. Dessa forma, pode-se minimizar as emergências médicas em consultórios odontológicos.

Caso as emergências médicas ocorram, cabe ao CD estar apto para prestar atendimento imediato ao paciente no intuito de reestabelecimento da vida ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se necessário e obrigatório o conhecimento sistêmico do paciente pelo CD, através de uma anamnese apurada, que somada à avaliação dos sinais vitais do paciente, fornecerá informações importantes a respeito do estado físico de saúde do paciente. Não obstante, o profissional deve estar amparado de equipamentos obrigatórios e necessários para reverter um quadro emergencial, além de drogas que auxiliam na obtenção de sucesso nesses quadros.

REFERÊNCIAS

- AESCHLIMAN, S. D. et al. A preliminary study on oxygen saturation levels of patients during periodontal surgery with and without oral conscious sedation using diazepam. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 74, n. 7, p. 1056-1059, jul. 2003.
- ANDRADE, E. D.; RANALI, J. Emergências médicas em odontologia. 2. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- BECKER, D. E. Preoperative Medical Evaluation: Part 1: General Principles and Cardiovascular Considerations. **Anesthesia Progress**, Richmond, v. 56, n.3, p. 92-103, set., 2009.

CAPUTO, I. G. **Emergências médicas em consultório odontológico: implicações éticas e legais para o cirurgião-dentista**. Piracicaba: Unicamp, 2009. 105f.

Dissertação (Mestrado) –Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, 2009.

ELLIS, A. K.; DAY, J. H. Diagnosis and management of anaphylaxis. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 169, n. 4, p. 307-312, ago., 2003.

ERAZO, G. A. C. **Manual de Urgências em Pronto Socorro**. 7. ed. São Paulo: Medsi, 2002.

EVANDRO, F. **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Ed. Atheneu, v.1, p. 1450, 2001.

GUIMARÃES, P. S. P. Emergências Médicas em Odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 294-295, set./out. 2001.

HASS, D. A. Preparing dental office staff members for emergencies: developing a basic action plan. **The Journal of the American of the Dental Association**, Chicago, v. 141, n. 5, p. 8-13, maio 2010.

KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 786-792, dez. 2003.

LITTLE, James W; et all, **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MALAMED, S. F. Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. **Journal of the California Dental Association**, Sacramento, v. 31, n. 10, p. 749-755, out. 2003.

MALAMED, S. F. Knowing your patients. **The Journal of the American of the Dental Association**, Chicago, v. 141, n. 5, p. 01-07, maio 2010.

MARINGONI, R. L. Principais emergências medicas em consultório odontológico. **Revista APCD**, Araçatuba, v. 52, n. 5, p.388-396, set/out., 1998.

MONNAZZI, M.S. *et al.* Emergências e Urgências Médicas. Como proceder? **RGO**, Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 11-7, jan./mar., 2001.

PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, Tucker MR. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POSSOBON, R. S. *et al.* O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez. 2007.

PRADO, F.C. **Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 21 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

RAMACCIATO, J. C.; RANALI, J.; MOTTA, R. H. L. Sedação inalatória consciente inalatória em odontologia. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 343, 2006.

RESENDE, R. G. de. et al. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n.1, p. 44-50, jan./mar., 2009.

RESENDE, R. G. de. et al. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte II. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n.2, p. 93-98, abr/jun., 2009.

RIBEIRO-ROTTA, R. F., Et al. Emergências médicas em odontologia: nível de instrução e capacitação dos

cirurgiões-dentistas no Estado de Goiás.

Revista ABO Nacional, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 159-165, 2007.

SÁ DEL FIOL, F.; FERNANDES, A.V.;
Emergências médicas em consultório
odontológico. **Revista ABO Nacional**, São
Paulo, v. 12, n. 5, p. 314-318, 2004.

SANTOS, J. C.; RUMEL, D. Emergência
médica na prática odontológica no estado
de Santa Catarina: ocorrência,
equipamentos e drogas, conhecimento e
treinamento dos cirurgiões-dentistas.
Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de
Janeiro, v.11, n.1, p. 183-190, fev. 2006.

SILVA, E. L. Alunos formados e
profissionais de Odontologia estão
capacitados para reconhecerem situações
em emergência médica e utilizarem
protocolos de atendimento? **Arquivos em
Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n. 4,
p. 257-336, out./dez. 2006.